Deutscher Bundestag **Drucksache 17/5723**

17. Wahlperiode 05. 05. 2011

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/5608 –

Zielrichtung, Ausgestaltung und Auswirkungen der durch die Bundesregierung angestrebten Angleichung der vertragsärztlichen Honorare (Konvergenz)

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 (GKV-WSG) (GKV = gesetzliche Krankenversicherung) bzw. der Honorarreform 2009 wurde durch den bundesweit einheitlichen Eurocent-Orientierungswert je EBM-Punkt (EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und der daraus resultierenden bundesweiten rechnerischen Euro-Gebührenordnung die wesentliche Grundlage für bundesweit einheitliche Preise geschaffen.

Dennoch beauftragt das GKV-Finanzierungsgesetz von 2010 (GKV-FinG) in § 87 Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Bewertungsausschuss aus Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein „Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen. Eine Erklärung, mit welchem Inhalt und welchem Ziel eine Konvergenz herbeigeführt werden soll, findet sich weder im Gesetzestext noch in der Begründung des Gesetzentwurfs. Vor dem Hintergrund der erheblichen Steigerungsraten bei den vertragsärztlichen Vergütungen in den Jahren 2008 bis 2010 stellt sich zudem die Frage, welche Auswirkungen eine solche erneute Reform auf die ambulant-ärztlichen Ausgaben der GKV haben würde.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die zum 1. Januar 2009 eingeleitete Honorarreform führte sowohl regional als auch arztgruppenbezogen zu sehr unterschiedlichen Honorarzuwächsen. Vor allem durch die gesetzliche Preisvereinheitlichung im EBM kam es zu Umverteilungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Arztgruppen bzw. einzelnen Ärztinnen und Ärzten. Vielfach wurden die Auswirkungen dieser Honorarreform kritisiert. Einen Blick auf die Zahlen einschließlich Erläuterungen gibt der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende November 2010 nebst umfangreicher Stellungnahme veröffentlichte Bericht

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 2011 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

des Bewertungsausschusses zur Vergütungs- und Leistungsstruktur der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Absatz 3a SGB V für das vierte Quartal 2009, welcher die Daten der Jahre 2007 bis 2009 umfasst (Bundestagsdrucksache 17/4000).

Mit dem GKV-FinG wurden die Selbstverwaltungspartner im Bewertungsausschuss beauftragt, dem BMG bis zum 30. April 2011 ein „Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen" zwecks umgehender Weiterleitung an den Deutschen Bundestag vorzulegen. Die gesetzliche Vorschrift stellt dabei nicht auf ein bestimmtes Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen ab, sondern belässt dies im Zuständigkeitsbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Auftrag erfolgte vor dem Hintergrund, dass entsprechend des Koalitionsvertrages eine Überprüfung und erforderliche Kurskorrekturen der gesamten seit dem 1. Januar 2009 eingeführten Honorarreform durchgeführt werden sollen. Die Bundesregierung wird hierzu den Dialog mit den Beteiligten – ärztliche Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Krankenkassen und deren Verbände – suchen.

1. Welchen über den bundesweiten einheitlichen Eurocent-Orientierungswert hinausgehenden wesentlichen Bedarf zur Konvergenz der Vergütungen sieht die Bundesregierung, und wie begründet sie diesen?

Ausgehend von den Forderungen der regionalen Selbstverwaltung nach mehr Verantwortungs- und Gestaltungskompetenz erstellt zunächst der Bewertungsausschuss ein Konzept, in Bezug auf welche Messgrößen eine Konvergenz erzielt werden soll. Der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wird damit unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten die Möglichkeit eingeräumt, Vorschläge für geeignete Lösungen zu unterbreiten. Der Auftrag an den Bewertungsausschuss umfasst deshalb kein bestimmtes Konzept und legt die Ziele für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen nicht näher fest. Die Ergebnisse sind abzuwarten und schließlich von der Bundesregierung zu bewerten.

2. Strebt die Bundesregierung eine ausgabenneutrale Umsetzung der Konvergenz der Vergütungen an?

   Wenn nein, welche Steigerungen bei den ambulant-vertragsärztlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen erwartet die Bundesregierung durch die angestrebte Konvergenz, und wie wird diese Steigerung begründet, da das GKV-FinG für das Jahr 2012 ausschließlich eine Ausgabensteigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87d Absatz 2 SGB V vorsieht?

Die gesetzliche Vorschrift legt aus dem in der Antwort zu Frage 1 genannten Grund nicht fest, ob zusätzliche Vergütungen der Krankenkassen ausgelöst werden sollen. Die Bundesregierung kann die Auswirkungen einer Konvergenz der Vergütungen auf die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung erst dann beurteilen, wenn das Konzept des Bewertungsausschusses vorliegt. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass durch das GKV-FinG gemäß § 87d Absatz 2 SGB V ausschließlich für das Jahr 2012 eine Ausgabensteigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Höhe von 1,25 Prozent in jedem KV-Bezirk festgelegt worden ist.

3. a) Wie definiert die Bundesregierung den Behandlungsbedarf?

   b) Trifft es zu, dass die Bundesregierung eine Konvergenz der derzeitigen rechnerischen Behandlungsbedarfe anstrebt?

   Wenn ja, warum, und in welcher Weise?

   Wenn ja, stünde eine Konvergenz des rechnerischen Behandlungsbedarfs nicht im Widerspruch zu der mit den bisherigen Maßnahmen verfolgten Angleichung des Preises den Ärztinnen und Ärzte je erbrachter Leistung/Punkt (einheitlicher Orientierungswert) erhalten?

   c) Wenn nein, welche anderen für die Vergütung relevanten Maßstäbe sollten nach dem Willen der Bundesregierung zusätzlich zum bereits vereinheitlichten Eurocent-Orientierungswert bundesweit angeglichen werden?

Der Behandlungsbedarf je Versicherten wird – sehr vereinfacht – durch die Leistungsmenge operationalisiert. Ausgehend von § 87c Absatz 4 SGB V (für die Jahre 2009 und 2010) sowie § 87a Absatz 3 SGB V ist nach Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung Grundlage des Behandlungsbedarfs die je nach Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip je KV-Bezirk zuzuordnenden Versicherten erbrachte und sachlich-rechnerisch anerkannte Menge an vertragsärztlichen Leistungen in der inhaltlichen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Auf diese Leistungsmenge werden gebührenordnungsspezifische (z. B. EBM-Anpassungsfaktoren), KV-spezifische (z. B. Honorarverteilungsquoten; siehe auch Antwort zu Frage 5) und bundeseinheitliche (z. B. Morbiditätsraten, basiswirksame Anhebung) Faktoren angewendet, woraus sich rechnerisch der Behandlungsbedarf (je Versicherten) ergibt.

Insoweit handelt es sich bei dem „Behandlungsbedarf je Versicherten“ um die zwischen den Krankenversicherungen und Krankenkassen jeweils vereinbarte Leistungsmenge. Gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V gilt der von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarte Behandlungsbedarf als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Zu den Fragen 3b und 3c wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen, wonach eine Messgröße bzw. ein Kriterium für eine Konvergenz seitens des Gesetzgebers nicht festgelegt wird, sondern durch den Bewertungsausschuss zu vereinbaren ist.

4. a) Trifft es zu, dass der rechnerische Behandlungsbedarf bislang eine teilweise morbiditätsadjustierte Fortschreibung historischer Leistungsmengen in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ist?

   b) Trifft es zu, dass der Behandlungsbedarf bzw. die ausgehandelte Leistungsmenge wesentlich von strukturellen Gegebenheiten in den KV-Bezirken wie Arztdichte, Anteil der Fachärzte, Anzahl der PKV-Versicherten (PKV = private Krankenversicherung) in der Region, Krankenhausdichte, Leistungsmenge außerhalb des Kollektivvertrages (z. B. Hausarztverträge) bestimmt wird?

   Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus bei einer Konvergenz der Behandlungsbedarfe?

Die Annahmen treffen insoweit im Wesentlichen zu unter Berücksichtigung, dass ausschlaggebend die Leistungsmenge ist. Für das Jahr 2009 wurde die morbiditätsbedingte Veränderungsrate geschätzt und für das Jahr 2010 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung anhand einer diagnosebezogenen und einer demographischen Komponente bundesweit – und somit nicht KV-spezifisch – ermit-

telt und gewichtet; für die Jahre 2011 und 2012 gelten die durch das GKV-FinG vorgegebenen entsprechenden Regelungen.

Bei Vorlage des gemeinsamen Konvergenzkonzeptes durch den Bewertungsausschuss wird die Bundesregierung Schlussfolgerungen ziehen.

5. a) Welche Angleichungen sind bei den Honorarverteilungsquoten (bis zu denen Leistungen ohne Abschläge honoriert werden) zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten drei Jahren zu erkennen?

   b) Welche Haltung hat die Bundesregierung zu einer Angleichung der regional abweichenden Honorarverteilungsquoten?

   c) Wie könnte diese umgesetzt werden?

   d) Welche Ursachen haben die in der Vergangenheit regional unterschiedlichen Honorarverteilungsquoten und Leistungsmengen?

Die „Honorarverteilungsquote“ (HVV-Quote) ist ein technischer Begriff der gemeinsamen Selbstverwaltung, welcher sich in den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, nicht jedoch in gesetzlichen Regelungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen findet. Eine gesetzliche Definition der HVV-Quote liegt insofern nicht vor. Im Wesentlichen drückt die HVV-Quote das Verhältnis der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung zur nach sachlich-rechnerischer Prüfung anerkannten Menge vertragsärztlicher Leistungen aus. Eine Auswertung der HVV-Quoten je KV-Bezirk für die letzten drei Jahre liegt dem BMG nicht vor. Eine Ausweisung der HVV-Quoten durch die gemeinsame Selbstverwaltung erfolgt zudem nur punktuell in den Beschlussfassungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses (zuletzt im Korrekturbeschluss des Bewertungsausschusses vom 8. bis 9. Dezember 2009) und liegt damit nicht als Zeitreihe vor.

6. Welchen Stand haben die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung über das im GKV-FinG beauftragte Konvergenzkonzept, und rechnet die Bundesregierung mit einem gemeinsamen Konzept der Selbstverwaltung?

Seit Beginn diesen Jahres werden im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die Konzepte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen gemäß § 87 Absatz 9 SGB V beraten. Der GKV-Spitzenverband und die KBV informierten in ihrer Funktion als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses das BMG darüber, dass trotz intensivster Bemühungen ein Zeitrahmen bis zum 20. Juni 2011 notwendig sei, um vor allem auch die Simulationsberechnungen im Hinblick auf die Auswirkungen der Konzepte für die KV-Bereiche und alle gesetzlichen Krankenkassen durchführen zu können.

7. Inwieweit sind aus Sicht der Bundesregierung die diagnoseorientierten Verfahren nach §87a Absatz 5 SGB V zur Morbiditätsmessung eine manipulationssichere Methode zur Bestimmung der honorarrelevanten Morbiditätssteigerung?

   Wenn nein, welche anderen Verfahren sind aus Sicht der Bundesregierung besser geeignet?

Die Morbiditätsmessung ist in Anbindung an die Regelungen in § 295 Absatz 3 SGB V mit der Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien zur Kodierung der Behandlungsdiagnosen verknüpft. Ausdrücklich hat der Gesetzgeber seinerzeit ausschließen wollen, dass Mehrleistungen, die im Zusammenhang mit

der Einführung der (diagnosenbasierten) morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch statistische Effekte wie beispielsweise durch „up-“ oder „right-Coding“ anfallen, von den Krankenkassen zusätzlich vergütet werden. Wie sich auch aus der Gesetzesbegründung zu § 87d Absatz 2 SGB V in der Fassung des GKV-FinG ergibt, ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Qualität der Diagnosendokumentation in den vertragsärztlichen Abrechnungen noch verbesserungsfähig ist. Die Bundesregierung prüft, inwiefern zur Dokumentation der Behandlungsdiagnosen die Kodierung von Diagnosen für die Vertragsärztinnen und -ärzte leicht handhabbar und einfacher umsetzbar ausgestaltet werden kann.

8. a) Welches sind die „regionalen Besonderheiten“, die ausweislich der Begründung des GKV-FinG zu § 87 Absatz 9 SGB V bei der angestrebten Honorarreform Berücksichtigung finden sollen?

   b) Trifft es zu, dass das Institut des Bewertungsausschusses bislang keine geeigneten Indikatoren für das Vorhandensein wesentlicher regionaler Besonderheiten gemäß § 87 Absatz 2f Satz 4 SGB V ermitteln konnte?

   Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

9. Führt eine Berücksichtigung „regionaler Besonderheiten“ in den Bundesländern zu überdurchschnittlichen nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben der Kassen in den jeweiligen Ländern?

   Wenn ja, in welcher Weise müssten diese nicht morbiditätsbezogenen Ausgabensteigerungen bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Festlegung, welche Tatbestände als „regionale Besonderheiten“ anerkannt und hinsichtlich der Vergütung der ärztlichen Leistungen berücksichtigt werden sollen, bleibt aufgrund der Zuständigkeit im Bereich der Honorarverteilung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen überlassen. Diese hat im Erweiterten Bewertungsausschuss (vgl. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Teil C) festgelegt, dass sich der Begriff auf Besonderheiten zwischen den KV bezieht.

Zutreffend ist, dass das Institut des Bewertungsausschusses zu der Feststellung gekommen ist, dass geeignete Indikatoren für das Vorhandensein regionaler Unterschiede nicht zu definieren bzw. zu ermitteln seien.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen stellte in seinem Beschluss vom 2. September 2009 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung – wie bereits für das Jahr 2009 – auch mit Wirkung für das Jahr 2010 fest, dass unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Kostenstruktur zwischen den Bezirken der KV definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte auf Grund von Unterschieden in der Kostenstruktur rechtfertigen würden.

Es obliegt insofern zunächst dem Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen, aus den Feststellungen des Instituts Schlussfolgerungen zu ziehen. Insoweit stellt sich die Frage einer Berücksichtigung dieser Indikatoren bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds derzeit nicht.

10. a) Trifft es zu, dass die im GKV-FinG enthaltene asymmetrische Honorarverteilung laut Begründung des Gesetzentwurfs dazu dienen soll, eine nach Auffassung der Bundesregierung „gerechtere Gestaltung der Honorarverteilung“ herbeizuführen?

    b) Trifft es zu, dass die durch einen Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf des GKV-FinG eingefügte nochmalige Erhöhung der linearen Honorarsteigerung von 0,75 Prozent auf 1,25 Prozent damit gerechtfertigt wurde, dass dadurch, laut Begründung, die Versorgung in jenen Regionen gesichert werde, die nicht von der asymmetrischen Honorarverteilung profitieren würden?

    c) Inwiefern sieht die Bundesregierung einen Widerspruch zwischen diesen beiden Begründungen, bei der die eine eine Honorarerhöhung jeweils die Begründung für die andere Honorarerhöhung liefert?

Um die bisherigen regionalen Verteilungswirkungen der Honorarreform zu verbessern und zur Ermöglichung des Ausgleiches regional unterschiedlicher Auswirkungen, ist im GKV-FinG zusätzlich zu einer die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten berücksichtigenden Zuwachsrate eine asymmetrische Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen durch Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene im Bewertungsausschuss vorgesehen. Dabei legt das GKV-FinG konkrete Vorgaben zur diesbezüglichen Umsetzung weder hinsichtlich des zusätzlichen bundesweiten Betrages fest, der unter den Bundesländern zu verteilen wäre, noch sind Regelungen vorgesehen, die ein bestimmtes regionales Verteilungsergebnis vorgeben. Der Selbstverwaltungsebene wurden vielmehr unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten Gestaltungsmöglichkeiten für geeignete Lösungen eingeräumt. Auf dieser Grundlage fassten die Selbstverwaltungspartner im (Erweiterten) Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen entsprechende Beschlüsse vom 5. bis 11. Oktober 2010 sowie am 24. November 2010.

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde im Deutschen Bundestag ein Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen angenommen, wonach die zunächst ermittelte bundesweite Veränderungsrate für den Behandlungsbedarf in Höhe von 0,75 Prozent auf 1,25 Prozent zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten angehoben wurde. Damit sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage eingetretene günstigere Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend zu berücksichtigen.

Ein Widerspruch zwischen diesen Begründungen wird nicht gesehen.

11. Auf welche Weise will die Bundesregierung sicherstellen, dass Honorarsteigerungen mit (Qualitäts-)Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten verbunden sind und nicht ausschließlich deshalb vorgenommen werden, weil sie mögliche Verteilungswirkungen vorangegangener Honorarerhöhungen wieder ausgleichen sollen?

Die Förderung der Qualität der Versorgung ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden gegenwärtig national und international unterschiedliche Modelle von Pay for Performance diskutiert. Um eine Abschätzung der Implikation einer breiten Einführung derartiger Modelle bzw. Teilelemente vornehmen zu können und die derzeitige Diskussion zu versachlichen, ist eine generelle Übersicht über den gegenwärtigen Sachstand der Wissenschaft und den Erfahrungsstand der Versorgung notwendig. Daher hat das BMG zur Ermittlung des nationalen und internationalen Sachstandes zu Regelungen und Praxismodellen der qualitätsorientierten Vergütung nach öffentlicher Ausschreibung ein Forschungsvorhaben Anfang De-

zember 2010 vergeben. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse ist voraussichtlich Anfang des Jahres 2012 zu rechnen.

Unabhängig davon sieht das geltende Recht bereits Regelungen vor, nach denen die Vergütung ärztlicher Leistungen differenziert nach Qualitätsmerkmalen ausgestaltet werden kann. So besteht die Möglichkeit, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Qualitätszuschläge oder qualitätsbezogene Zusatzpauschalen vorzusehen, die an die Vergütung der Leistungserbringer geknüpft sind. Über die konkrete Ausgestaltung entscheidet die gemeinsame Selbstverwaltung in eigener Verantwortung.

12. a) Aus welchen Gründen ist nach Auffassung der Bundesregierung die mit dem GKV-FinG bis 2012 ausgesetzte Regelung zu Zu- und Abschlägen bei Unter- oder Überversorgung nach § 87a Absatz 2 SGB V weniger für die Versorgungssteuerung geeignet als die zum 31. Dezember 2009 ausgelaufenen und mit dem GKV-FinG wieder eingeführten Sicherstellungszuschläge?

    b) Trifft aus Sicht der Bundesregierung die Feststellung zu, dass aus Gründen der Beitragssatzstabilität der Abbau der Unterversorgung mit einer Reduzierung der Überversorgung zwingend einhergehen muss?

    Wenn ja, auf welche Weise will die Bundesregierung einen Abbau der Überversorgung erreichen?

Die praktische Umsetzung der Regelung zu Zu- und Abschlägen bei Unter- oder Überversorgung hat sich als schwierig erwiesen; eine Anwendung mit Wirkung auf die Ärzteschaft in den Jahren 2011 und 2012 erschien daher nicht sachgerecht. Um jedoch weiterhin gezielt Anreize für Niederlassungsinteressierte insbesondere in ländlichen Regionen und damit zur Förderung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung zu setzen, wurde die bis zum Jahr 2009 vorgesehene Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 SGB V mit dem GKV-FinG wieder eingeführt. Mit der Wiedereinführung der Sicherstellungszuschläge wurde auch entsprechenden Forderungen aus den Bundesländern entsprochen.

Die Bundesregierung prüft derzeit, wie die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung weiterentwickelt werden kann und wird dieser Frage im Rahmen des Entwurfs eines Versorgungsgesetzes nachgehen.

13. a) In wie vielen Regionen (bitte genaue Zahl angeben) käme die in den Eckpunkten der Koalitionsfraktionen vom 8. April 2011 für ein Versorgungsgesetz vorgesehene Abschaffung der Abstaffelung in unterversorgten Regionen effektiv zur Anwendung?

    b) Wie viele Ärzte (bitte konkrete Zahl angeben) und welche Arztgruppen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen sind bislang von der Abstaffelung betroffen?

Die Bundesregierung hat den Entwurf für ein Versorgungsgesetz noch nicht fertig gestellt. Eine Aussage dazu, welche Maßnahmen in dem Gesetzentwurf enthalten sein werden und welche Auswirkungen sich ergeben, ist deshalb derzeit nicht möglich.

Nach geltendem Recht obliegt die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder droht, dem jeweiligen Landesausschuss (§ 100 Absatz 1 SGB V). Das BMG wird über etwaige Beschlüsse der jeweiligen Landesausschüsse nicht unterrichtet. Die Angabe einer aktuellen Zahl an Ärztinnen und Ärzten, die von der Be-

freiung der Abstaffelung derzeit betroffen sind, ist deshalb nicht möglich. Nach den dem BMG von der KBV vorgelegten Daten zur Bedarfsplanung verteilten sich jedoch die unterversorgten Zulassungsbezirke sowie die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in diesen Bezirken zum Anfang des Jahres 2010 nach Arztgruppen wie folgt:

Arztgruppe	Zulassungsbezirke (n=395)	Anzahl der Ärztinnen/Ärzte
Anästhesisten	4	0,3
Augenärzte	1	2
Chirurgen	0	0
Internisten	0	0
Frauenärzte	0	0
HNO-Ärzte	2	2,5
Hautärzte	2	2
Kinder- und Jugendärzte	0	0
Nervenärzte	1	0,5
Orthopäden	0	0
Psychotherapeuten	0	0
Radiologen	1	0
Urologen	0	0
Hausärzte	1	30
Gesamt	12	37,3

Quelle: Berechnungen des BMG auf der Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie und Daten der KBV zur Anzahl an Ärztinnen und Ärzten (Stand: Frühjahr 2010).

Daten zu der Anzahl an von Unterversorgung bedrohten Gebieten und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte liegen dem BMG nicht vor.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333